

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian *sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Pada keadaan tertentu bila seorang ibu tidak biasa menjalani persalinan normal maka bisa dilakukan tindakan pembedahan yaitu dengan cara operasi *sectio caesarea*. Dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi sehingga ibu dapat melahirkan bayi dalam keadaan yang sehat dan bayi dapat lahir dengan selamat. Setiap ibu hamil mengharapkan dapat menjalani persalinan dengan normal, tetapi pada beberapa ibu hamil yang mengalami kelainan atau komplikasi seperti plasenta previa, induksi gagal dan dikarenakan penyakit maka seseorang ibu dan bayi tidak bisa menjalani persalinan normal (Narulita & Sari, 2019).

Ibu yang melahirkan secara *caesarea* memiliki suplai ASI yang tidak menentu. Studinya mengungkapkan bahwa 82% ibu yang menggunakan teknik SC mengalami masalah dengan suplai ASI yang tidak memadai. Pada bayi yang lahir dengan operasi *Sectio Caesarea* akan cenderung malas untuk menyusu dan kurang merespon saat disusui, karena masih adanya pengaruh obat bius yang di masukkan pada saat persalinan. Bayi yang dilahirkan dengan tehnik SC dapat mengakibatkan bayi ngantuk dan kurang responsive selama beberapa hari, karena obat bius yang diberikan saat persalinan. Bayi akan lambat untuk melakukan perlekatan pada puting susu dan menghisap. Hal ini disebabkan masalah payudara yang dialami tidak terlalu mengganggu proses menyusui seperti payudara bengkak atau ASI tidak keluar. Cara menyusui yang tidak benar dapat menyebabkan puting susu lecet dan ASI tidak keluar optimal. Hal ini dapat menimbulkan gangguan dalam proses menyusui sehingga pemberian ASI tidak adekuat, pemberian ASI yang tidak adekuat dapat mengakibatkan

payudara bengkak karena sisa ASI pada ductus. Walaupun mengalami masalah payudara, namun ada beberapa ibu menyusui dengan posisi dan perlekatan yang baik (Wiji 2015).

Teknik menyusui yang benar ialah bayi menghisap secara naluriah akan tetapi pada awalnya mungkin bayi mengalami kesulitan menemukan puting ibunya. Cara menolong yang paling mudah adalah dengan menempelkan pipinya ke payudara. Kemudian masukkan puting ke mulut bayi. Pastikan bayi menghisap seluruh area gelap dari payudara (areola) dan bukan hanya putingnya saja. Ibu dapat aliran air susu dengan cara menekan-nekan areola. Perut/dada bayi menempel pada perut/dada ibu (*chest to chest*), badan bayi menghap ke badan ibu dan seluruh punggung bayi tersanggah dengan baik. Menghentikan hisapan, masukkan sebuah jari disudut mulutnya atau dorong dagunya ke bawah perlahan-lahan dengan ibu jari dan jari telunjuk. Biasanya bayi berhenti menghisap lalu melepaskan puting setelah merasa kenyang (Kristiyanasari, 2017). Mereka masih bisa memposisikan tubuh dan perlekatan dengan baik. Selama beberapa hari pertama, bayi harus menyusu secara teratur untuk dapat kolostrum sekaligus terbiasa dengan payudara. Begitu payudara ibu menghasilkan air susu, ibu mungkin akan terkejut dengan bentuk air susu yang encer. Saat bayi menghisap, air susu pertama yang di dapatkan (*foremilk*) bersifat encer dan menghilangkan haus. Setelah itu, barulah keluar (*hindmilk*) yang kaya lemak dan protein.

Normalnya pemberian ASI pertama kali dilakukan sejak 1 jam pertama setelah bayi lahir. Biasanya ASI yang pertama kali keluar pasca melahirkan berwarna kekuning-kuningan (*colostrum*) yang dikeluarkan selama minggu pertama. Mulai minggu kedua akan diproduksi ASI yang berwarna putih yang jumlahnya semakin banyak. Dalam kondisi normal sekitar 100 ml ASI pada hari kedua setelah melahirkan dan jumlahnya akan meningkat sampai sekitar 500 ml dalam minggu kedua. Secara normal produksi ASI yang efektif dan harus terus menerus akan di capai selama 10 – 14 hari setelah melahirkan. Selama berapa bulan berikutnya

bayi akan mengkonsumsi sekitar 700 – 800 ml ASI setiap 24 jam (Saryaman, dkk 2020).

Beberapa ibu post partum termasuk ibu dengan persalinan *sectio caesarea* juga mengalami onset laktasi tertunda, karena pengeluaran ASI merupakan suatu rangkaian yang kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan berbagai hormon yang berpengaruh terhadap pengeluaran oksitosin (Septiani dkk, 2021). *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau *vagina* atau suatu *histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam Rahim, salah satu penyebab *sectio caesarea* bisa disebabkan karena plasenta previa (Kristensen *et al.*, 2018). Plasenta previa adalah plasenta yang berimplentasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. Plasenta normalnya terjadi di dinding depan, dinding belakang rahim, atau fundus uteri (Rosyidah & Azizah, 2019).

2. Etiologi

Faktor indikasi yang menyebabkan dilakukan *post sectio caesarea* adalah plasenta yang berimplentasi rendah sehingga menutupi sebagian / seluruh ostium uteri internum. Plasenta normalnya terjadi di dinding depan, dinding belakang rahim, atau fundus uteri (Rosyidah & Azizah, 2019).

Keadaan ini dapat ditemukan pada :

- a. Multipara (Ibu yang melahirkan lebih dari dua kali), terutama kalau jarak kehamilannya pendek.
- b. Mioma uteri
- c. Usia lanjut
- d. Bekas *sectio caesarea*
- e. Perubahan inflamasi atau atrofi

3. Klarifikasi

Menurut Leniwita, H., & Anggraini, Y (2019) Berikut jenis – jenis *sectio caesarea* :

- a. *Sectio caesarea* klasik atau corporal

Pembedahan yang dilakukan secara memanjang pada korpus uteri

dengan ukuran sayatan 10 cm. adapun beberapa kelebihan dan kekurangan jika melakukan operasi section caesarea klasik.

b. *Sectio caesarea* transperitoneal provunda

Pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan secara melintang konfak pada bawah rahim dengan ukuran sayatan 10 cm.

c. *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Pembedahan yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

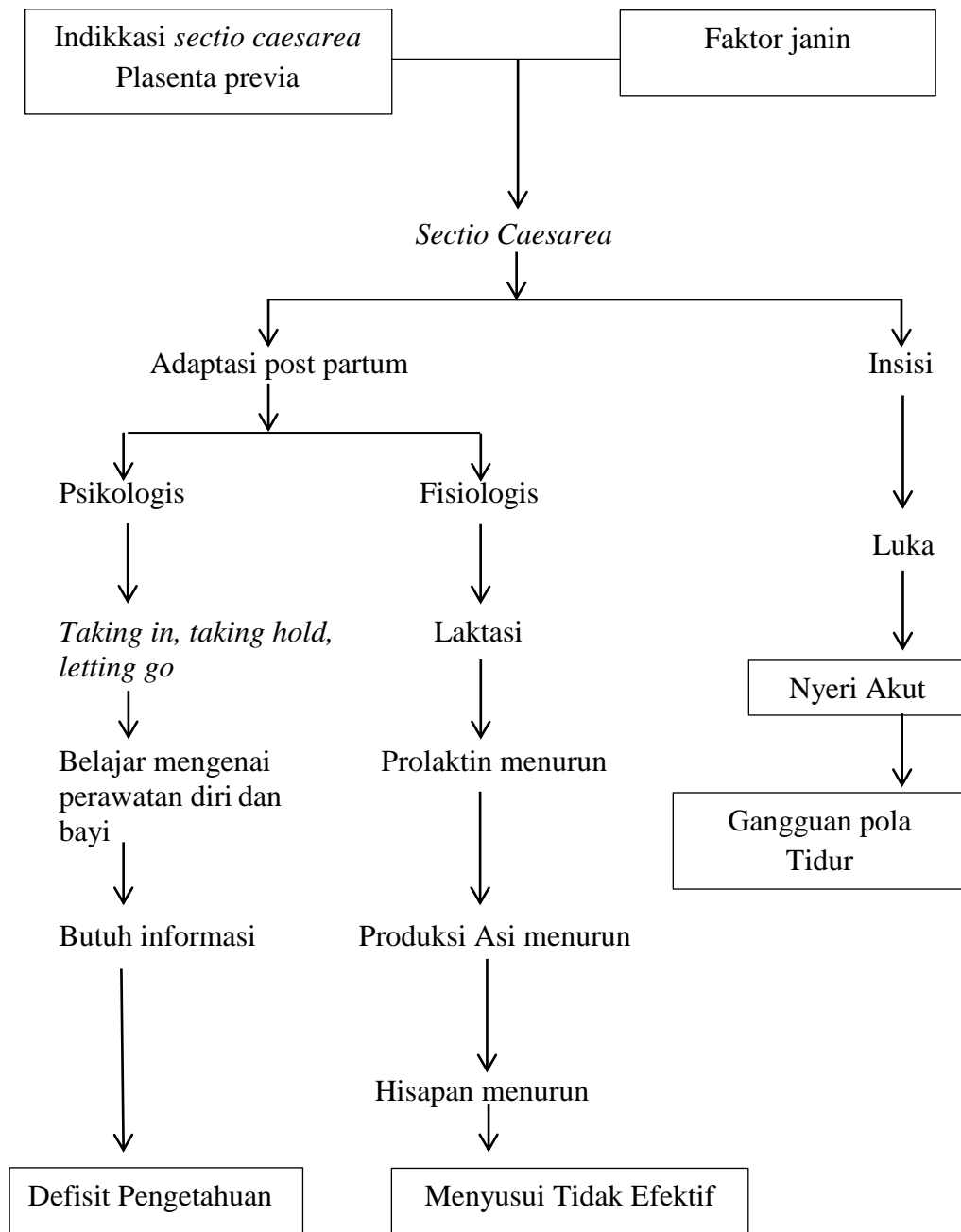
d. *Sectio caesarea* vagina

Yaitu pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus.

4. Patofisiologi

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. faktor indikasi yang menyebabkan dilakukan *post sectio caesarea* adalah plasenta yang berimplentasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. Kasus yang terjadi pada plasenta previa menyebutkan bahwa faktor risiko plasenta previa adalah usia ibu <20 tahun atau >35 tahun, riwayat operasi caesarea, riwayat kuretase, kehamilan ganda, riwayat plasenta previa (R.Oktaviance, 2018). Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, preeklampsia, dan kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu, *Sectio Caesarea*. (Sari, 2013).

PATHWAY



Gambar. 2.1
Pathway Post Sectio Caesarea

Sumber: Nurarif & Hardhi (2015).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan *post sectio caesarea*, menurut (Safitri, 2020).

Kehilangan darah saat perdarahan pada proses persalinan dengan operasi *sectio caesarea* sekitar 1000 ml. Namun berbeda lagi dengan persalinan kelahiran secara normal yaitu sekitar >500 ml.

Ibu hamil dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C dan zat besi hal tersebut akan akan mempercepat absorpsi suplemen besi.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Aspiani, 2017). Pada klien dengan tindakan *Sectio Caesarea* adalah :

Hitung darah lengkap, cek golongan darah, urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa, kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II, ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan kedudukan, dan presentasi janin, amniosintesis: mengkaji maturitas paru janin, tes stress kontraksi atau tes non-stres: mengkaji respon janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal, penentuan elektronik selanjutnya: memastikan status janin/aktivitas uterus.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *Sectio Caesarea* menurut Aspiani, (2017) yaitu: Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat, fundus uteri harus sering di palpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat, pemberian analgetik dan antibiotik, periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam, pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan, perawatan luka, memonitor tanda-tanda vital. Insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan, pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.

8. Komplikasi

Komplikasi *Sectio Caesarea* menurut Safitri, (2020).

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu yaitu peningkatan suhu, pelebaran insisi uterus, pendarahan, trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat melakukan *Sectio Caesarea*, infeksi atau peradangan pada endometrium. Komplikasi yang terjadi pada bayi yaitu hipoksia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan, trauma persalinan.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia



Gambar 2.2
Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow

Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis, hal ini tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar pada manusia menurut Abraham Maslow, yaitu Teori Hierarki Kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar :

1. Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia antara lain pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan ini meliputi kebutuhan keamanan dan perlindungan atau keselamatan, baik fisik

maupun psikologis serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya.

3. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi serta menerima kasih sayang, kehangatan, dan persahabatan; mendapat tempat di dalam keluarga serta kelompok sosial.
4. Kebutuhan harga diri, yaitu terkait keinginan untuk mendapatkan kekuatan serta meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Harahap, *et al*, 2022).

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas, pada klien dengan kasus *Post Sectio Caesarea* mengalami gangguan kebutuhan dasar fisiologis yaitu kebutuhan nutrisi dan cairan.

Nutrisi adalah zat-zat gizi atau zat lain yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuh, serta mengeluarkan sisanya. Sedangkan cairan adalah komponen tubuh yang berperan dalam memelihara fungsi tubuh dan proses homeostatis (Emilia O, 2017). ASI adalah elemen penting yang dibutuhkan bayi baru lahir untuk memenuhi kebutuhan nutrisi mereka dan mengembangkan sistem kekebalan tubuh bayi. Menyusui Tidak Efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui (Mansjoer, K 2018).

C. Proses Keperawatan

proses keperawatan adalah suatu konsep yang diterapkan dalam praktik keperawatan terdiri dari lima tahap yang saling berhubungan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi.

Berikut lima konsep asuhan keperawatan pada klien :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan di analisis sehingga masalah kesehatan keperawatan yang dihadapi pasien baik secara fisik, mental, social, maupun spiritual.

Menurut Aspirani, (2017). Pada pasien *Post Sectio Caesarea* data yang dapat ditemukan dari hasil pengkajian yaitu :

- a. Identitas klien, Ruang, tanggal masuk RS, meliputi inisial nama, umur, alamat, jenis kelamin, agama, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, riwayat kehamilan.
- b. Keluhan Utama, pada umumnya pasien *Post Sectio Caesarea* mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, takut bergerak, merasa badan lemah, dan tidak nyaman.
- c. Riwayat kesehatan sekarang, pada riwayat kesehatan yang perlu dikaji yaitu keadaan umum klien dan pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya *Sectio Caesarea*.
- d. Riwayat penyakit dahulu seperti apakah klien memiliki riwayat operasi sebelumnya, penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- e. Riwayat penyakit keluarga, peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- f. Riwayat perkawinan yaitu status pernikahan.
- g. Riwayat kehamilan dan persalinan meliputi berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah keguguran.
- h. Eliminasi, meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *post sectio caesarea*, untuk BAK dengan kateter urine yang sebelumnya telah terpasang.

- i. Istirahat/tidur, pada klien dengan *Post Sectio Caesarea* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter urine.
 - j. Kebutuhan *personal hygiene*, klien dengan *Post Sectio Caesarea* sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dalam keadaan bersih.
 - k. Aktivitas, pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan, aktivitas sehari hari masih dalam bantuan keluarga dan mobilisasi dapat dilakukan secara bertahap.
 - l. Gerak dan keseimbangan tubuh, aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.
 - m. Kebutuhan berpakaian, klien dengan *Post Sectio Caesarea* mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.
 - n. Kebutuhan keamanan, kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya., klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.
 - o. Pemeriksaan Fisik memeriksa keadaan umum, kesadaran, TTV, dan pemeriksaan tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.
2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenal respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial.

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (PPNI 2016).

Berdasarkan tanda dan gejala pada kasus *post sectio caesarea* terdapat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.1
Diagnosa keperawatan pada kasus *Post Sectio Caesarea*
sesuai Tanda dan Gejala pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS: 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal DO: 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2. ASI tidak menetes/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dada tau menetes terus menerus setelah minggu kedua	Meyusui Tidak Efektif	Ketidakadekuatan suplai ASI
2	DS: 1. Mengeluh nyeri DO: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik (post operasi)
3	DS: 1. Mengeluh suli tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup DO: -	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur

4	DS: 1. Klien menanyakan masalah yang dihadapi DO: 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Defisit pengetahuan	Ketidaktahuan menemukan sumber informasi
---	---	---------------------	--

Diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada kasus *post sectio casarea* berdasarkan tabel diatas adalah sebagai berikut :

- a. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan suplai ASI
 - b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post operasi
 - c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
 - d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi.
3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Untuk itu rencana tindakan yang baik tentunya harus berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah masalah klien (Supartti & Ashriady, 2016).

Rencana keperawatan pada kasus *Post Sectio Caesarea* terdapat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 2.2
Rencana keperawatan pada kasus *post sectio caesarea*

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Dengan kriteria hasil 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi menurun 11. Perasaan takut mengalami ceder berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis . hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

			<p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakdekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Status menyusui (L.03029) Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24jam meningkat 4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Kepercayaan diri ibu meningkat 9. Bayi tidur setelah menyusu meningkat 10. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat 11. Intake bayi meningkat 12. Hisapan bayi meningkat 13. Lecet pada puting menurun 14. Kelelahan maternal menurun 15. Kecemasan maternal menurun 16. Bayi rewel menurun 17. Bayi menangis setelah menyusu menurun 18. Frekuensi miksi bayi membaik 	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah asi, pijat payudara, pijat oksitosin)
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>Pola tidur (L.05045) Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur 	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Obdervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) 2. Identifikasi makanan dan

		<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Keluhan pola tidur berubah 5. Keluhan istirahat tidak cukup 6. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) Batasi waktu tidur siang. jika perlu 2. Fasilitasi menghilangkan sires sebelum tidur Tetapkan jadwal tidur rutin 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, terapi akupresur) 4. pengaturan posisi, 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 3. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lain
4	Defisit pengetahuan (D.0111)	<p>Tingkat pengetahuan (L.12111) Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic 5. Prilaku sesuai dengan 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 2. Berikan kesempatan untuk

		pengetahuan 6. Pertanyaan sesuai yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9. Prilaku membaik	bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 2. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Tujuan dari evaluasi antara lain : Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjektif adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objektif adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani, 2017).